



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1485/2020

Vitória, 22 de dezembro de 2020.

Processo de nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial da Fazenda Pública da Comarca de Castelo - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Valquíria Tavares Mattos, sobre o procedimento: **cirurgia de joelho com disponibilização de “Banco de Tecidos para Reconstrução Multiligamentar”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, de 49 anos, foi diagnosticado com quadro grave de Lesão Multiligamentar de joelho esquerdo (LCA+LCP+LCM) mais Lesão de LCA de joelho direito (CID: S83), apresentando quadro de dor e instabilidade importante de joelho esquerdo mais instabilidade rotacional de joelho direito, sendo indicado tratamento cirúrgico com a necessidade de disponibilização de Banco de Tecidos para reconstrução de todos os ligamentos necessários. O requerente começou a sentir fortes dores no joelho vindo buscar tratamento médico junto ao Sistema Único de Saúde-SUS, onde fez todo o acompanhamento e realizou a primeira cirurgia de ligamento no ano de 2014. No entanto, as dores persistiram, sendo constatadas alterações pós-cirúrgicas, se fazendo necessária nova operação para correção. Diante disso, buscou novamente o SUS, dando início aos procedimentos para nova cirurgia. Depois de aproximadamente cinco anos aguardando, finalmente foi marcada a nova cirurgia para o dia 21/11/2020. Diante



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

disso, foram feitos todos os exames necessários para verificação de risco cirúrgico como, por exemplo, exames de Raio-X, exames do coração e de sangue. No entanto, ao ser internado para a realização da cirurgia, foi identificado pelo médico responsável, Dr. Saulo Santos Blunck, CRM-ES 10082, a indisponibilidade de tecidos para a reconstrução de todos os ligamentos, impossibilitando que o procedimento cirúrgico se concretizasse. Cumpre mencionar que o requerente possui doença grave, qual seja, Insuficiência Renal Crônica (CID N180), estando em tratamento hemodialítico desde 13/09/2016, tendo o requerente que realizar três sessões de hemodiálise por semana na cidade de Cachoeiro de Itapemirim/ ES, local mais próximo onde é disponibilizado tal procedimento.

2. Diante do grave quadro de saúde que o requerente apresenta, agravado pelo fato da intensificação das dores nos dois joelhos, o Requerente não pode mais esperar para realizar a cirurgia tanto pelo fato de todos os exames pré-operatórios estarem prontos e possuírem validade muito próxima, quanto pelo fato de afetar diretamente sua locomoção, o que prejudicaria diretamente a realização das hemodiálises semanais, fundamental para sua sobrevivência. Por esse motivo recorre à via judicial para obter o pleito.
3. À fl. 15 consta Laudo Médico emitido pelo Dr. Saulo Blunk, CRM-ES 10082, datado de 30/11/2020, que declara para os devidos fins que o paciente citado, encontra-se com quadro de grave lesão multiligamentar de joelho esquerdo (LCA + LCP + LCM) + lesão de LCA de joelho direito. Paciente com história de cirurgia prévia de joelho esquerdo há aproximadamente 5 anos, porém sem sucesso. No momento paciente com quadro de dor e instabilidade importante do joelho esquerdo, mais instabilidade rotacional de joelho direito. Indicado tratamento cirúrgico – solicitado banco de tecidos para reconstrução de todos os ligamentos necessários.
4. À fl 16, comprovante de agendamento de cirurgia prévia – com a solicitação de internar em 02/07/2014 para ser operado na Santa Casa de Misericórdia de Vitória pelo Dr. Marcelo Dettogni.
5. Às fls. 18 e 19 cópia do prontuário do paciente, onde consta, entre outras, informação sobre a insuficiência renal crônica e, que está na fila de transplante.
6. Às fls. 20 à 29 constam exames pré operatórios realizados, bem como dois pareceres



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

cardiológicos datados de 02/03/2020 e 15/10/2020, liberando o paciente para a cirurgia proposta.

7. Às fls. 30 consta Laudo assinado em 30/01/2020 pela Dra. Amanda Bravim Planissola, CRMES 8680, de radiografia dos joelhos que mostram alterações pós-cirúrgicas no joelho E caracterizadas por formação de túnel ósseo para confecção de ligamento cruzado com presença de parafuso e fixador metálico na tibia e fêmur. Calcificação/Ossificação nas partes moles junto ao ligamento colateral medial a esquerda. Redução do espaço femorotibial medial a esquerda. Côndilos femorais e platôs tibiais a direita com aspecto habitual observando-se leve redução do espaço femorotibial medial. Não há sinais de fraturas bilateralmente.
8. Às fls. 33 e 34 consta o laudo de Ressonância Magnética do Joelho Esquerdo datada de 12/12/2019 laudada pelo Dr Raoni Bellotti Lamas CRM-ES 8461 onde foi identificado irregularidades corticais marginais nos côndilos femorais e platôs tibiais, com incipientes osteófitos, de aspecto degenerativo. Alterações pós-operatórias relacionadas à reconstrução do ligamento cruzado anterior com túneis ósseos no fêmur distal e na tibia proximal, em posição habitual. Nota-se desalinhamento espontâneo do fêmur em relação à tibia, com anteriorização da tibia. Heterogeneidade difusa do neoligamento, com rotura parcial de alto grau de sua fibras e tortuosidade, com sinais de impacto anterior. Indefinição das fibras distais do ligamento cruzado posterior com tortuosidade do remanescente proximal, compatível com rotura. Alterações fibrocicatriciais no ligamento colateral lateral. ligamento colateral medial íntegro. Irregularidade condral femorotibial, medial e lateral com afilamento condral difuso e erosões superficiais esparsas. Erosão condral profunda na tróclea femoral e superficial na faceta medial da patela. Afilamento do menisco lateral com discretas alterações degenerativas no corno anterior (manipulação cirúrgica prévia?). Degeneração no corno posterior e do corpo do menisco medial com discreto afilamento da sua raiz de fixação e extrusão parcial pela interlinha articular. Tendinopatia do patelar. Edema na gordura de Hoffa. Edema junto à inserção da pata de ganso. Tendinopatia do biceps femoral distal, do semimembranoso e do gastronêmio medial. Derrame articular de pequeno volume. Ventres musculares com trofismo preservado. E com a impressão diagnóstica de alterações pós-operatórias relacionadas à reconstrução do ligamento cruzado anterior com estiramento crônico,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

degeneração e rotura parcial aparentemente de alto grau do neoligamento, além de sinais de impacto anterior e tortuosidade de suas fibras. Sinais de rotura do ligamento cruzado posterior. Alterações fibrocicatriciais no ligamento colateral lateral. Tendinopatia do patelar, do semimembranoso, do gastrocnêmio medial e do biceps femoral distal. Derrame articular de pequeno volume. Anteriorização espontânea da tibia em relação ao fêmur. Afilamento do menisco lateral (alteração pós-operatória?). Degeneração do corno posterior do menisco medial com afilamento da raiz de fixação, além de extrusão parcial do corno posterior e corpo pela interlinha articular. Condropatia femorolibial medial e lateral com afilamento e erosões superficiais esparsas. Condropatia da tróclea femoral com erosão focal profunda. Condropatia patelar com afilamento na faceta medial.

9. À fl. 32 consta o laudo de Ressonância Magnética do Joelho Direito datada de 12/12/2019 laudada pelo Dr Raoni Bellotti Lamas CRM-ES 8461 com a impressão diagnóstica de alterações degenerativas tricompartmentais, com predomínio femoral e tibial. Condropatia femoral e tibial, com afilamento difuso e erosões superficiais esparsas, notando-se discreta área de edema subcondral no côndilo femoral lateral. Condropatia patelar e da tróclea femoral com afilamento da faceta lateral da patela. Sinais de rotura do ligamento cruzado anterior. Degeneração, irregularidade e rotura parcial do ligamento cruzado posterior. Estiramento dos ligamentos colaterais, sem roturas. Alterações degenerativas no menisco lateral com rotura radial, além de extrusão parcial do corno posterior e corno pela interlinha articular. Degeneração difusa do menisco medial com extrusão parcial do corno posterior pela interlinha articular e afilamento da borda livre do corpo. Tendinopatia do quadriceps, do patelar, do semimembranoso e do biceps femoral distal. Edema junto à inserção da pata de ganso.
10. À fl.35 consta Laudo médico assinado em 25/11/2020 pelo nefrologista Dr. Sérgio Damião Sant'anna Mores, CRM-ES 3608, que atesta que o senhor ██████████ é portador do CID N180 - Insuficiência Renal Crônica, sob tratamento hemodialítico no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, desde 13/09/2016; onde realiza três sessões de hemodiálise por semana, por tempo indeterminado. Faz uso de medicações para controle pressório, controle da anemia e das alterações ósseas relacionadas à insuficiência renal crônica. Em função da patologia de base e do tipo de tratamento,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

paciente sem condições de exercer suas atividades profissionais por tempo indeterminado.

11. Nos autos constam outros documentos que confirmam as informações do caso em tela.

II – ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO

1. **A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº. 220, de 27 de dezembro de 2006** da Anvisa. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos e de Bancos de Pele de origem humana.
2. **O Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**, Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
3. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
4. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.
§1º - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
§2º - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

5. A Resolução CFM N° 1.956/2010, resolve:

Art. 1º Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento. Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas. Parágrafo único. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à ANVISA, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

DA PATOLOGIA

1. A osteoartrose é uma doença crônica e degenerativa de etiologia multifatorial que afeta as articulações sinoviais, entre elas os joelhos, neste caso sendo denominada de gonartrose. Caracteriza-se por alterações bioquímicas, metabólicas e fisiológicas na cartilagem articular com fissuras na superfície articular, exposição do osso subcondral e diminuição do espaço articular, causando aumento da destruição e subsequente proliferação da cartilagem e do osso. As superfícies articulares regeneradas não possuem a mesma qualidade e arquitetura das articulações originais e o crescimento excessivo da cartilagem e osso causam dor, deformidades, diminuição ou alteração da mobilidade, progressiva incapacidade e possível inflamação moderada local, com prejuízo a qualidade de vida.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. O joelho é a maior articulação do corpo, formando uma dobradiça entre o fêmur (osso da coxa) acima e os ossos da parte inferior da perna – a tíbia e a fíbula . Logo na parte da frente, existe um osso arredondado chamado de patela. Por possuir 7 eixos de movimento, estes ossos são interconectados por estas bandas fortes de tecido fibroso, denominados ligamentos. Sua função básica está em estabilizar a articulação do joelho e manter os ossos alinhados. Existem dois conjuntos principais de ligamentos na articulação do joelho: os ligamentos colaterais medial e lateral, que correm ao longo de ambos os lados da articulação do joelho, e os ligamentos cruzados anterior e posterior, que ficam dentro da articulação do joelho. Outro ligamento do joelho que ganhou muita importância na última década foi o femuropatelar medial, que estabiliza a patela em seu lugar.
3. Os ligamentos cruzados anterior e posterior são bandas curtas e fortes de tecido fibroso que se cruzam dentro da articulação do joelho e unem a tíbia ao fêmur. Os ligamentos cruzados anterior e posterior são bandas curtas e fortes de tecido fibroso que se cruzam dentro da articulação do joelho e unem a tíbia ao fêmur. Eles são nomeados de acordo com o local onde eles se conectam no topo da tíbia. Estes são encontrados dentro de sua articulação do joelho. Eles se cruzam para formar um “X” com o ligamento cruzado anterior na frente e o ligamento cruzado posterior nas costas. De maneira mais simples, estabilizam a tíbia para que ela não vá nem para anterior, nem para posterior. Os ligamentos cruzados também controlam o movimento para frente e para trás do seu joelho. O ligamento cruzado anterior (LCA) corre da frente da tíbia, para trás e levemente para fora, até a base do fêmur. Este ligamento impede que a sua tíbia se mova para frente em frente ao fêmur, principalmente quando se freia e quando existe mudança brusca de direção, movimento primordial para quem joga futebol, por exemplo. O ligamento cruzado posterior (LCP) vai da parte de trás da tíbia, para a frente e ligeiramente para dentro, até a base do fêmur. Este ligamento impede que sua tíbia se mova para trás, em relação ao seu fêmur. Geralmente é mais forte e possui índice de lesão em menores taxas que o LCA.
4. Ligamentos lesados são classificados em uma escala genérica de gravidade - Lesão de grau 1 - O ligamento é levemente danificado em uma entorse leve. Significa que foi ligeiramente esticado, mas ainda é capaz de ajudar a manter a articulação do joelho



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

estável. Geralmente, causa bastante dor. Lesão de grau 2 -Um entorse de grau 2 estira o ligamento até o ponto em que haja uma ruptura parcial do ligamento. Em outras palavras, existe lesão de algumas fibras, mantendo-se intactas outras fibras e Lesão grau 3 - Este tipo de entorse é mais comumente referido como uma ruptura completa do ligamento. O ligamento se rompe completamente e fica dividido em duas partes, que chamamos de cotos, e a articulação do joelho ou parte dela torna-se instável.

5. Possuímos dois ligamentos colaterais: o ligamento colateral lateral (LCL) na região externa do joelho e o ligamento colateral medial (LCM) na região interna do joelho fortalece a articulação do joelho no lado externo do joelho. O primeiro une o fêmur ao topo da sua fíbula – o osso comprido e fino adjacente à tíbia. O ligamento colateral medial fortalece internamente a articulação do joelho. Corre entre o seu fêmur e a parte superior interna da sua tíbia. Enfim, juntos, os ligamentos colaterais resistem ao movimento de lado a lado da articulação do joelho e ajudam a evitar a rotação entre o fêmur e a tíbia.
6. A ruptura do ligamento cruzado anterior é uma lesão esportiva muito comum, principalmente em esportes de contato como o futebol, futsal, vôlei, basquete e lutas. O ligamento colateral lateral pode ser rompido quando o joelho sofrer torção, ou se for atingido no lado interno ou forçado para fora enquanto o pé é empurrado para dentro. Uma ruptura do ligamento colateral lateral raramente ocorre por si só e geralmente acompanha uma ruptura para outros ligamentos do joelho. As lesões do ligamento colateral medial (LCM) são relativamente comuns nos esportes e podem surgir de um golpe direto na região externa do joelho, torção do joelho ou uma força que empurra o pé para fora e o joelho para dentro.
7. Os sintomas de lesões dos ligamentos do joelho vão sempre estar ligados a qual ligamento foi lesado, ao estado da reação inflamatória gerada e a outras lesões associadas. A Lesão do ligamento cruzado anterior quase sempre causa instabilidade, com queixas de que o joelho está cedendo, ou seja, saindo fora do lugar. Dependendo da força aplicada no momento do entorse, um osso pode se chocar contra o outro e gerar o que chamamos de edema ósseo



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO TRATAMENTO

1. Os objetivos do tratamento da gonartrose são aliviar a dor em repouso e durante o movimento, preservar a função articular e minimizar a incapacidade física, além de promover qualidade de vida e autonomia, quando possível. O tratamento deve ser individualizado e pode ser dividido em clínico (conservador) e cirúrgico. O tratamento clínico inclui terapias não-farmacológicas e farmacológicas.
2. A cirurgia para tratar a artrose do joelho, consiste na realização de artroscopias de limpeza e regularização das lesões, osteotomias de correção do alinhamento do membro para descarga do compartimento artrósico e, é claro, as artroplastias, através de aplicação de prótese no joelho, de uso generalizado e com ótimos resultados, mas ainda consideradas como a solução final.
3. O tratamento da lesão do LCA depende do tipo de lesão, pois podemos deparar-nos com um ligamento estirado, uma ruptura ligamentar parcial ou uma ruptura completa do ligamento. De uma forma geral, o tratamento conservador é utilizado nas rupturas parciais, sendo que nas rupturas totais opta-se pelo método cirúrgico ou conservador. O doente e o médico podem optar por um tratamento cirúrgico ou não-cirúrgico/conservador, dependendo de vários factores como: idade, extensão das lesões associadas, a disponibilidade para realizar um programa de reabilitação e o estilo de vida do paciente. O objetivo do tratamento cirúrgico é evitar a instabilidade do joelho e promover a restauração da função do ligamento.
4. A intervenção cirúrgica de reconstrução do ligamento colateral medial é indicada quando se observa instabilidade no exame físico em pessoas ativas e existe retração de seus cotos nas imagens da ressonância magnética. O consenso é que as lesões combinadas do ligamento colateral medial e do LCA ou LCP exigiria sempre a reconstrução.
5. De maneira semelhante a outros ligamentos do joelho, a operação de reconstrução do ligamento colateral medial envolve a inserção de enxertos tendíneos. Quando retirados do próprio paciente, chamamos de autoenxerto. Os mais comuns são os tendões grácil e semitendíneos que, depois de preparados, são fixados na região de dentro do joelho,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

conferindo nova estabilidade.

6. A cirurgia para reconstrução ligamentar acaba sendo o tratamento mais aconselhado, principalmente nos pacientes mais jovens, mais ativos fisicamente e naqueles pacientes que experimentam com frequência uma sensação de instabilidade no joelho durante as atividades diárias ou mesmo esportivas. Nesse tipo de paciente, o risco de outras lesões é mais alto, e por isso opta-se pela cirurgia. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia e a biomecânica normal do joelho e permitir que o paciente volte a praticar esportes sem o risco de novas lesões.
7. A cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior é realizada por videoartroscopia e consiste em substituir esse ligamento lesionado por um enxerto de tendão ou outro ligamento. Os enxertos de tecido mais utilizados para substituição do ligamento cruzado anterior são os tendões flexores do joelho e o ligamento patelar, os quais são obtidos do próprio paciente. A escolha do enxerto para a cirurgia vai depender de alguns fatores relacionados principalmente com o paciente e seu exame físico. Os enxertos mais vulgares provêm do tendão patelar e dos isquiotibiais (semitendinoso e gracil)
8. Tanto na lesão do ligamento cruzado anterior, quanto do posterior, utilizamos tendões que podem ser retirados do próprio paciente (auto-exerto), quanto de doadores cadáveres (alo-enxerto), submetido à processo de esterilização e armazenamento em banco de tecidos após a retirada.
9. O uso de aloenxertos na reconstrução ligamentar tem se difundido na última década: somente nos Estados Unidos, o número de procedimentos dobrou durante o período referido, com estudos demonstrando resultados comparáveis a utilização de autoenxertos. A indicação mais frequente para a utilização de aloenxertos são as reconstruções multiligamentares, diminuindo com isso o tempo cirúrgico e a morbidade do procedimento. Vantagens no uso de aloenxertos incluem diminuição de tempo cirúrgico, incisões menores, disponibilidade de enxertos extensos, ausência de morbidade no sitio doador, e uma menor incidência de artrofibrose. Porém existem algumas desvantagens, como não incorporação do tecido, período de incorporação mais prolongado do enxerto, alargamento do túnel ósseo, mas, principalmente, risco de



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

transmissão de doenças virais e bacterianas. A infecção viral e bacteriana associadas ao uso de aloenxertos são eventos raríssimos.

DO PLEITO

1. Reconstrução de Lesões Multiligamentares no Joelho Esquerdo e do Ligamento Cruzado Anterior do Joelho Direito com a disponibilização de Banco de Tecidos para reconstrução de todos os ligamentos necessários.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Este NAT consultou na presente data o Portal do SUS (<https://portalsus.es.gov.br/cidadao/solicitacoes>), página da SESA, para avaliar a situação da paciente e observamos o seguinte:

Consulta com Ortopedista (Joelho): solicitada no SISREG. Foi atendida no dia **23/05/2019**

Consultas e Exames

Data de Atualização: 21/12/2020
Cartão SUS: [REDACTED]

Resultado da pesquisa: 6 encontrados

Solicitação	Procedimento	Origem	Data de Solicitação	Situação
289807870	CONSULTA EM ORTOPEdia ADULTO (JOELHO)	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASTELO	23/05/2019	Atendida
212825687	CONSULTA EM CARDIOLOGIA - GERAL	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASTELO	05/09/2017	Cancelada
212600593	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA E VASOS ILIACOS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASTELO	01/09/2017	Atendida
194308333	CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASTELO	16/03/2017	Atendida

2. Este NAT conclui que o Requerente tem indicação de realizar a cirurgia pleiteada. Normalmente se utiliza o tecido do membro contralateral para fazer o enxerto. Porém, no caso em tela, o Requerente já realizou cirurgia no outro membro o que provavelmente inviabilizou essa utilização. Compete a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar a cirurgia, porém caso



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

não se tenha um banco de tecidos no ES o paciente deverá realizar o procedimento por meio de Tratamento Fora de Domicílio. O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia possui um banco de tecidos musculoesqueléticos sendo o responsável pela captação, processamento e distribuição de osso, tendões e meniscos para utilização em cirurgias de transplantes na área da ortopedia e odontologia.

3. Sobre prazos, é oportuno citar o Enunciado 93 – ENUNCIADOS DA I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça que sugere:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo **superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.**”

4. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. Porém, pelo fato do Requerente estar com dificuldade de locomoção e necessitar de sair de casa três vezes por semana para realizar hemodiálise, entende-se que deva ter uma data definida para realizar o procedimento cirúrgico que respeite o princípio da razoabilidade.

Este Núcleo se coloca à disposição para **outros esclarecimentos** que se fizerem necessários.

REFERÊNCIAS

Kokron AEV. **Avaliação biomecânica da estabilidade da reconstrução na lesão isolada do ligamento cruzado posterior com um e dois feixes de enxerto: estudo**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

experimental com tendão do músculo quadríceps da coxa e com tendões dos músculos semitendíneo e grácil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Sasaki SU. **Estudo biomecânico comparativo, em cadáveres, da reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho com técnica convencional e com túneis duplos tibiais e femorais [tese].** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

Balsini N, Sardinha CE, Balsini NE. **Tendão patelar "versus" tendões duplos do semitendinoso e "gracilis" como enxerto autólogo na reconstrução do LCA no joelho.** Rev Bras Ortop. 2000;35(5):157-64.

Guimarães MV. **Reconstrução artroscópica do ligamento cruzado anterior: estudo comparativo entre os enxertos autólogos de ligamento patelar e de tendão do quadríceps.** Rev Bras Ortop. 2004;39(1/2):30-41.